8.

Operative Behandlung des Gebärmutterkrebses während der Schwangerschaft und Geburt.

Von

Wassily Sutugin.

(Separatabdruck aus „Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie.“ Band XIX. Heft 1.)

Operative Behandlung des Gebärmutterkrebses während der Schwangerschaft und Geburt.

Von

Wassily Sutugin.

Angesichts der grossen Seltenheit von Complication des Gebärmutterkrebses mit Schwangerschaft ist es wohl unsere Pflicht, alle einschlägigen Fälle mitzutheilen. Winckel[1]) berichtet über 8 Fälle bei einer Gesammtzahl von 15,000 Geburten, Stratz[2]) hatte 12 Fälle auf 17,900 zu verzeichnen. Ich selbst beobachtete in Moskau unter 9000 Geburten genannte Complication nur 2mal. Beide Kranken wurden in die von mir geleitete Anstalt gegen Ende der Schwangerschaft aufgenommen; die Früchte waren am Leben und es war die krebsige Entartung der Cervix und der Gewölbe bereits so weit vorgeschritten, dass einerseits die Radicalbehandlung ausgeschlossen war und andererseits jede Hoffnung auf Beendigung der Geburt per vias naturalis aufgegeben werden musste, weshalb ich mich zur Ausführung des Kaiserschnittes nach Porro entschloss. Ich erlaube mir, beide Fälle an dieser Stelle anzuführen:

Erster Fall.

Olga Michailowna, Soldatenfrau, 32 Jahre alt, war 8mal glücklich niedergekommen; schwanger seit dem 7. Mai 1888. Sie war stets regelmässig menstruirt, nur gegen Ende des Jahres 1887 litt sie 6 Wochen

---

[1]) Winckel, Lehrbuch der Geburtshülfe 1889, S. 537.

[2]) Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 12 S. 262.

lang an Blutungen; während der uns interessirenden Schwangerschaft trat im October eine 2 Tage lang andauernde Blutung auf, im Januar blutete sie einen Tag. Seit dem März 1888 litt sie an Fluor albus, der während der letzten 2 Monate einen putriden Geruch verbreitete. Seit dem October 1888 begann sie abzumagern und seit dem Januar 1889 klagt sie über Schmerzen in den Leistengegenden und im Kreuz. Mir wurde die Kranke Anfang Februar 1889 in der Moskauer Gebäranstalt vorgestellt. Ich stellte die Diagnose auf krebsige Entartung der Portio vaginalis, sowie auf krebsige Infiltration der Seitengewölbe, des hinteren Gewölbes und der breiten Mutterbänder; gleichzeitig bestand Schwangerschaft im X. Monat. Am 10. Februar 1889 wurde die Kranke in die Gebäranstalt aufgenommen: die Geburt war seit 5 Stunden im Gange und es war das Wasser bereits abgeflossen. Das Becken war geräumig, die Wehen hatten am normalen Schwangerschaftsende eingesetzt, die Form der Gebärmutter war regelrecht, der über dem Becken ballotirende Kopf stand mit der kleinen Fontanelle nach links; Herztöne waren deutlich hörbar. Der krebsig infiltrirte Gebärmutterhals liess kaum 2 Finger durch, das Gewölbe war überall durch höckerige Geschwulstmassen ausgefüllt. Auf Erweiterung des Orificium war nicht zu hoffen, auch war die Möglichkeit eine selbst verkleinerte Frucht zu extrahiren mit Sicherheit auszuschliessen. Es wurde daher, nach sorgfältiger Desinfection der Scheide und äusseren Genitalien, mit Carbolsäurelösung und Ausstopfung der Vagina mit Jodoformgaze, zur Ausführung des Kaiserschnittes nach Porro geschritten. Die Operation begann um $3^1/_2$ Uhr Nachmittags am 10. Februar. Die Untersuchung der Genitalien vor Beginn der Operation, sowie Reinigung derselben war von einem Assistenten besorgt worden, der alsdann von activer Betheiligung an der Operation Abstand nahm. Die Porro-Operation wurde von mir nach der üblichen Methode ausgeführt; die Gebärmutter wurde vor die Bauchwunde gewälzt, doch wurde die Amputation der Gebärmutter etwa 10 cm oberhalb des elastischen Schlauches, also höher als gewöhnlich, ausgeführt, da es unmöglich war die Cervix nach oben zu ziehen. Die Placenta sass der vorderen Gebärmutterwand auf und wurde durchschnitten. Die Frucht — ein ausgetragener Knabe — lag mit dem Rücken nach hinten (welche Lage ich bei linker Scheitellage als normal betrachte) und wurde lebend extrahirt. Der lange Gebärmutterstumpf wurde im unteren Winkel der Bauchwunde befestigt, der Rest der letzteren wurde durch 13 Nähte geschlossen. Es wurde darauf der Stumpf mit einer starken Lösung von Zincum muriaticum geätzt, mit Jodoform spärlich und reichlich mit Gyps bestreut und mit Jodoform und Carbolgaze verbunden.

Die Bauchwunde verheilte per primam intentionem, der Stumpf stiess sich auf dem Wege der feuchten Gangrän am 26. Tage ab und

hinterliess eine von gesunden Granulationen bedeckte trichterförmige Wunde. Die Kranke starb unter Erscheinungen von zunehmendem Marasmus am 42. Tage nach der Operation an Gangrän der Lunge.

Die Autopsie liess folgenden Befund aufnehmen: Bauchwunde gut vernarbt, peritonitische Erscheinungen waren nicht nachzuweisen, nur eine begrenzte Verklebung des Omentum mit dem Gebärmutterstumpf wurde aufgefunden. Der Gebärmutterstumpf war mit der Bauchwand fest verwachsen, die Cervix und das ganze anliegende Beckenzellgewebe war krebsig infiltrirt. Metastasen wurden nicht aufgefunden.

Das extrahirte Kind wog 3650 g und war 51 cm lang. Während die Mutter am Leben war, wurde es in unserer Anstalt von einer Amme genährt, später nahm es der Vater zu sich.

Zweiter Fall.

Irina Gerassimowa, Soldatenfrau, 30 Jahre alt, zum 6. Male schwanger. Sie war regelmässig über 7 Wochen 7 Tage lang menstruirt. 5mal hatte sie glücklich geboren. Während sie das fünfte Kind noch nährte, wurde sie wieder schwanger, ohne dass sich vorher die Regel gezeigt hätte, so dass wir bei Bestimmung des Schwangerschaftstermins dieses Kriteriums entbehren mussten. Etwa vom 5. Monate an litt sie an Blutungen, die in unregelmässigen Terminen wiederkehrten; öfters war die Blutung profus und es ging das Blut in Gerinnseln ab. Aeusserst heftig war die Blutung im December 1888. Während der II. Schwangerschaftshälfte litt die Kranke an putrid riechendem weissen Fluss. Einen Monat vor Beginn der Geburt suchte sie Hülfe in der Poliklinik der Gebäranstalt und ich constatirte Schwangerschaft im Ende des 8. Monats; dabei bestand krebsige Infiltration des Gebärmutterhalses und des hinteren Gewölbes, sowie des intraligamentären Zellgewebes (vornehmlich des linkseitigen). Die Beendigung der Geburt auf normalem Wege erschien mir unmöglich: ich schlug daher der Kranken vor, sich in unsere Anstalt aufnehmen zu lassen, um sich bei Beginn der Geburt der Porro-Operation zu unterwerfen. Familienverhältnisse und ein von Fieber begleiteter Husten nöthigten aber unsere Kranke nach Hause zurückzukehren. Sie suchte die Anstalt erst mehrere Stunden nach Geburtsbeginn auf, doch war das Wasser noch nicht abgeflossen.

Am 2. März — dem Tage der Aufnahme — wurde die Kranke von dem dejourirenden Arzte untersucht. Er stellte Schwangerschaft gegen Ende des IX. Monats fest; die Frucht lag in linker Hinterhauptslage; die ganze Portio ist krebsig infiltrirt: sie macht den Eindruck einer harten unregelmässig höckerigen Geschwulst, die nach hinten in eine ähnliche höckerige Tumormasse übergeht. An der Grenze von Portio

und Gewölbe lässt sich ein trichterförmiges Geschwür palpiren, das putrides Secret absondert. Die Blase hatte sich noch nicht gestellt: die Eihäute lagen dem Kopfe fest auf. Von einem Assistenten wurden Genitalien, Scheide und Portio in üblicher Weise mit 3%iger Carbolsäurelösung gereinigt und die Scheide mit jodoformirter Gaze tamponirt, von mir wurde die Operation nach Porro-Müller ausgeführt. Nach Eröffnung der Gebärmutter konnte ich die Lage der Frucht genau fesstellen: die kleine Fontanelle war nach links hinten gerichtet, der Rücken — leicht spiral gedreht — sah nach hinten. Es wurde ein leicht asphyktisches Mädchen extrahirt; nach 5 Minuten lebte es auf. Die Gebärmutter wurde gleichfalls hoch über dem elastischen Schlauche amputirt und der Stumpf in den unteren Wundwinkel befestigt. Die Bauchwunde wurde durch 12 tiefe und 20 oberflächliche Nähte geschlossen. Der Verband wurde in oben angegebener Weise angelegt.

Das Wochenbett verlief unter Fieber: am 3. Tage stieg das Fieber auf 40,2, doch fühlte die Kranke sich leidlich gut. Vom 4. Tage an litt die Kranke an Durchfall, dessen man nicht Herr werden konnte; am 8. Tage trat der Tod ein.

Die Section liess allgemeine Peritonitis mit eitrig fibrinösem Exsudat erkennen (vornehmlich war das Becken ausgefüllt; das Gewölbe ist hinten und an den Seiten von krebsigen Massen, die medullären Charakter verrathen, durchsetzt; es greift ferner die krebsige Infiltration etwa 3 cm weit auf die hintere Scheidenwand über. Etwa 2 cm oberhalb des Grundes der Plica Douglasii war die Gebärmutterwand durch Zerfall der Krebsmassen perforirt: das putride Secret hatte sich wohl auf diesem Wege in die Bauchhöhle ergossen. Weiter griff die Infiltration auf das linkseitige Zellgewebe über; entsprechend dem linken Ligamentum latum wurde ein eigrosser Knoten aufgefunden; der linke Eierstock zeigte cystöse Degeneration: die innere Wand der etwa apfelsinengrossen Cyste war von Krebsmassen in der Art eines Blumenkohlkopfes überwuchert. Kleinere Knoten wurden im Beckenzellgewebe aufgefunden, dagegen fehlten Metastasen.

Die Bauchwunde war per priman verheilt; der Gebärmutterstumpf war im Bereich der Bauchwunde normal. Die Wundränder verriethen auch in der Tiefe nichts Pathologisches.

Das extrahirte Kind war 47 cm lang und wog 2230 g. Der Entwickelung nach entspraeh es dem Ende des IX. Schwangerschaftsmonats. Nach dem Tode der Mutter wurde es auf Wunsch des Vaters dem Findelhause übergeben, woselbst es nach 2 Monaten (am 13. Mai) an Lungenentzündung starb.

Unter dem Einfluss der Schwangerschaft und des Wochenbettes insbesondere gewinnt der destructive Character des Krebses

an Intensität (Gusserow, Hofmeier, Winckel). Den degenerativen Processen, die sich in der Mucosa des Gebärmutterkörpers abspielen, hat sich erst in der letzten Zeit die Aufmerksamkeit der Autoren (Abel, Landau, Fränkel, Saurenhaus, Orthmann und Grammatikali) zugewandt; wahrscheinlich lässt die so häufig bei Gebärmutterkrebs auftretende vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft (Abort oder Frühgeburt) sich auf diese degenerativen Vorgänge in der Mucosa zurückführen.

Nach Lenees (Gusserow) abortiren 40 % aller an Krebs leidenden Schwangeren, während Cohnstein[1]) dasselbe für 29 % constatirt. Wenn die Schwangerschaft ihr normales Ende erreicht, so ist der Ausgang für die Mutter höchst ungünstig: nach Cohnstein überlebten das Wochenbett 43 %, während der Geburt und bald nach derselben starben 57 %. Nach Hermann[2]) starben von 180 Müttern 72 und zwar starben 13 unentbunden. Von 51 Müttern, die ohne Kunsthülfe niederkamen, starben 16 Mütter (= 31,3 %), wiewohl das wohl die leichtesten Fälle waren.

Auch das Leben der Kinder ist hoch gefährdet: nach Cohnstein wurden nur in 33,3 % aller Fälle lebende Kinder geboren. Hermann führt folgende Daten an: Tritt die Frühgeburt ein, so werden die Kinder in 42,8 % todt geboren; von ausgetragenen Kindern erleiden dasselbe Schicksal 21,7 %. Ausserdem ist in 28,5 % der von ihm gesammelten Fälle die Schwangerschaftsdauer nicht angegeben. Angesichts dieses traurigen Ausganges für Mütter und Kinder muss der operative Eingriff bei Uteruskrebs möglichst energisch sein. Die bei der Totalexstirpation in der letzten Zeit erzielten günstigen Erfolge berechtigen uns, dieselbe auch in den ersten Schwangerschaftsmonaten auszuführen, ohne Rücksicht auf die Gravidität; dafür sprechen die glücklich verlaufenen Fälle von Landau, Kaltenbach und Hofmeier. Hat die Schwangerschaft den 5. und 6. Monat erreicht und ist die Exstirpation noch möglich, so führe man sie nach der von Zweifel[3]) modificirten Methode Freund's aus: man operire nach Porro, lege auf die Cervix den elastischen Schlauch und exstirpire den Rest der Cervix von der Scheide aus, nach Verschluss der Bauchwunde. Dieses Verfahren

---

[1]) Archiv für Gynäkologie Bd. 5 S. 366.
[2]) Transact. of the London Obstetr. Societ. XX.
[3]) Centralblatt für Gynäkol. 1889, Nr. 12.

verdient den Vorzug, weil es die Ausführung der Amputatio uteri mit reinen Händen gestattet und die Unterbindung der im oberen Theil der breiten Mutterbänder befindlichen Gefässe erleichtert. Die Exstirpation des Cervixrestes bietet keine Schwierigkeiten. Jedenfalls garantirt ein solches Verfahren mehr als jedes andere vor Infection der Bauchhöhle.

Entleerung der an Krebs erkrankten Gebärmutter und nachfolgende Exstirpation derselben ist nur für die Fälle zu gestatten, in denen der Krebs noch wenig um sich gegriffen hat und der Zerfall der Gewebe so schwach ausgesprochen ist, dass die Radicalheilung auf dem Wege der Evacuation mit dem Löffel und durch Anwendung von Caustica möglich erscheint. Ist der Zerfall weit vorgeschritten, so erscheint die Einleitung der Frühgeburt oder des Aborts mit Rücksicht auf die hohe Wahrscheinlichkeit septischer Infection unzulässig. Erst am Ende des 4. Schwangerschaftsmonats kann die vorbereitende Entleerung der Gebärmutter vortheilhaft erscheinen, da sie die Laparotomie und die mit derselben verbundenen Gefahren ausschliesst.

Zwei Fälle von Exstirpation der schwangeren Gebärmutter nach Freund verliefen glücklich (diese Fälle gehören Spencer-Wells, Zweifel). Die Gesammtzahl aller Fälle beträgt 4. Dank der durch Zweifel eingeführten Modification wird die Totalexstirpation in Zukunft wohl bessere Resultate ergeben.

Hat die Schwangerschaft ihr normales Ende erreicht und hat der Krebs bereits weit um sich gegriffen, so dass alle Hoffnung auf vollkommene Entfernung der erkrankten Gewebe aufgegeben werden muss, so ist vorzugsweise der Kaiserschnitt in Aussicht zu nehmen. Tiefe Einschnitte der Cervix und Beendigung der Geburt mit der Zange oder durch die Wendung dürfen mit Rücksicht auf die schlechten Resultate spontaner Geburten sogar nur in Ausnahmsfällen ausgeführt werden. Bereits im März 1851 sprach Oldham [1]) sich für die Ausführung des Kaiserschnittes aus und im Juli desselben Jahres führte er genannte Operation glücklich aus; nichtsdestoweniger wird der Kaiserschnitt bis jetzt selten ausgeführt, worüber viele Autoren (Schröder, Müller u. A.) mit Recht klagen. Oldham sprach seine Meinung mit folgenden Worten aus: „It appeared to me that the caesarien section was the only means to

---

[1]) Guy's Hospital Reports v. VII 1851, p. 426.

rescue the mother from impending danger, and to save the child and that humanity and sound practice required it performance.“ Hermann konnte bereits 12 Fälle von Kaiserschnitt anführen: 10 Fälle waren nach der alten Methode operirt worden, in 2 Fällen hatte man die Gebärmutter vernäht. Von 12 operirten Müttern überlebten die Operation nur 4, und 2 Kinder wurden todt extrahirt.

Nach Sänger's[1]) Methode wurden ausserdem noch 6 Fälle operirt: 3 Mütter und alle 6 Kinder blieben am Leben. Es wurde also, nach der mir zugänglichen Literatur zu urtheilen, der Kaiserschnitt im Ganzen 18mal ausgeführt: an den Folgen der Operation starben 11 Mütter und 2 Kinder wurden todt extrahirt.

Der Kaiserschnitt mit Abtragung des Gebärmutterkörpers wurde von Leopold 2mal glücklich ausgeführt. In Russland wurde die Operation vor mir je 1mal von W. Snegireff und Krassowsky ausgeführt: beide Fälle nahmen einen tödtlichen Verlauf. Meine beiden Fälle können, was den Verlauf der Operation anbetrifft, als glückliche bezeichnet werden: selbst in dem Falle, wo der Tod am 8. Tage eintrat, waren Bauchwunde und Gebärmutterstumpf unverändert geblieben; die Peritonitis ist wohl auf Perforation des Uterusgewebes und auf Erguss der Krebsjauche in die Bauchhöhle zurückzuführen. In allen nach Porro ausgeführten Fällen war das Leben der Kinder gerettet worden. Die meisten Autoren (Gusserow, Stratz, Schröder, Fehling, Müller) sprechen sich zu Gunsten des Kaiserschnittes aus und bedauern, dass derselbe allzu selten ausgeführt werde; die exspectative Therapie und Beendigung der Geburt durch Anwendung anderweitiger operativer Eingriffe gebe, nach einstimmiger Meinung genannter Autoren, schlechtere Resultate und sei für die Operirte von grösseren Qualen begleitet. Nur Winckel hält den Vortheil des Kaiserschnittes für unerwiesen und will die Ausführung desselben auf die Fälle beschränkt wissen, wo die Extraction des Kindes auf natürlichem Wege vollkommen unmöglich erscheint. In allen anderen Fällen räth er, die Frühgeburt auszuführen, die Cervix einzuschneiden und die Zange anzulegen oder die Wendung auszuführen; selbst vor der Perforation des lebenden Kindes schreckt er nicht zurück. Literarische Studien und eigene Erfahrung nöthigen mich mit Fehling[2]), die Einleitung des

---

[1]) Archiv für Gynäk. Bd. 27, 30, 33.

[2]) Fehling, Geburtshülfe. P. Müller 1889, S. 190 u. 219.

Aborts oder der Frühgeburt sowie die Perforation des lebenden Kindes zu verwerfen und mich zu Gunsten der Sectio caesarea nach Porro auszusprechen. Ist das ausgetragene Kind bereits vor Eintritt der Geburt abgestorben und ist die krebsige Entartung der Cervix bereits weit vorgeschritten, so ist der Weg, den wir behufs Beendigung der Geburt einzuschlagen haben, nicht genau vorgezeichnet, obgleich die Fälle, wo man von Ausführung des Kaiserschnittes Abstand genommen hat, unglücklich verlaufen sind: Oldham konnte sich in einem Falle, wo das Kind bereits abgestorben war, zur Ausführung des Kaiserschnittes nicht entschliessen und die Mutter starb unentbunden. Andere Autoren berichten nur über die Anzahl der während oder bald nach der Geburt verstorbenen Mütter (siehe oben). Doch wie gross waren die Qualen, denen die Mütter bei unüberwindlichem Geburtshinderniss bei todter Frucht unterlagen! Dem gegenüber fühlen sich die Kranken nach regelrecht ausgeführter Porro-Operation sehr leicht; die Rücksicht auf die Leiden der Kranken macht es zu unserer Pflicht, den Kaiserschnitt selbst bei todter Frucht auszuführen, wenn die Cervix stark deformirt ist und die Frucht ein bedeutendes Stadium der Entwicklung erreicht hat. Mögen die Aussichten auf Erhaltung der Mutter in ähnlichen Fällen noch so gering sein, so müssen wir doch die Ausführung der Porro-Operation in ähnlichen Fällen als indicirt erklären und können wir uns nicht warm genug zu Gunsten derselben aussprechen.